



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 261/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se do **Ofício Nº 10000/2021/CGSAU/DS/SFC/CGU** (0020739472) oriundo da Controladoria Geral da União - CGU, que tem por finalidade o encaminhamento de RELATÓRIO PRELIMINAR DE AVALIAÇÃO DA APS (0020739550), elaborado no âmbito do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União, que requer que esta Secretaria de Atenção Primária à Saúde apresente nota técnica sobre o relatório em comento até o dia 31/05/2021.

2. **ANÁLISE**

2.1. Em atenção ao Despacho NUJUR/SAPS (0020747419), que solicita análise e elaboração de Nota Técnica acerca do Relatório Preliminar de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (0020739550), elaborado no âmbito do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Subsídios da União (CMAS), cuja avaliação foi executada pela Controladoria-Geral da União e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), esta Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária (CGGAP), no escopo de suas atribuições, definidas por meio do Decreto nº 9.795/2019, tem a informar o que segue.

2.2. Inicialmente destacamos que a presente Nota Técnica foi elaborada considerando o disposto na [Resolução CMAP nº 01, de 17 de julho de 2020](#).

2.3. O conteúdo do Relatório Preliminar de Avaliação da Atenção Primária à Saúde está organizado em dois capítulos, os quais versam sobre o contexto da avaliação (Capítulo 1) e sobre os resultados da avaliação (Capítulo 2), além de Apêndices contendo detalhamentos técnicos e metodológicos.

2.4. Acerca do **Capítulo 1**, cujo conteúdo versa sobre o contexto da avaliação, onde são apresentados conceitos-chave e aspectos históricos de conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, analisa-se como pertinentes e suficientes as informações apresentadas. Em que pese o estilo sucinto e objetivo do texto, possui suficiência na abordagem dos principais elementos elucidativos de constituição, organização e evolução do SUS e da APS.

2.5. À título de sugestão, recomendamos a substituição ou uso concomitante do termo "atributos" na página 11-linha 28: "*As principais características e atributos da APS, de acordo com Starfield, são: (...)*". E, ainda, o acréscimo da palavra "atenção", na frase disposta na linha 35 da página 11: "*o nível primário é responsável pela atenção a todos os problemas de saúde*", de modo a deixar mais claro o sentido da oração.

2.6. No tocante ao penúltimo parágrafo da página 12, recomenda-se a correção da informação sobre a substituição do Programa Mais Médicos pelo Programa Médicos pelo Brasil, visto que a [Lei nº 13.958/2019](#) não altera a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, previsto na [Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013](#), nem as demais normas sobre o tema. O *Médicos pelo Brasil* se soma ao Programa Mais Médicos (PMM), com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS. Esta mesma correção deve ser realizada no segundo parágrafo da página 16, no segundo parágrafo da página 23 e no segundo parágrafo da página 28 do Relatório em análise.

2.7. No tocante à **subseção 1.4**, destacamos que os resultados são de extrema relevância para este Órgão, sobretudo para esta Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Entretanto, em que pese a evolução positiva no Orçamento da União para a APS ao longo dos últimos 20 anos, percebe-se que o aumento do valor anual federal per capita para a Atenção Especializada-AE

(230,29%) se sobrepõe ao observado no mesmo período para a APS (149,72%). Esse resultado é observado em 4 das 5 regiões do País, com maior expressão nas regiões Nordeste (187,87% de aumento na APS e 433,62% na AE) e Norte (162,52% de aumento na APS e 319,78% na AE).

2.8. Estes resultados podem sugerir que no modelo de atenção vigente no SUS ainda predomina o investimento na Média e Alta Complexidade-MAC e, ainda, pode sugerir que as regiões com menores rendas têm tido ampliação da indução financeira para estruturação da MAC, visto que avançaram na APS de forma mais precoce do que nas regiões com maior renda.

2.9. Analisamos que tais análises/informações são relevantes para serem acrescentadas ao Relatório, de modo a fornecer subsídios que contribuam para o fortalecimento da agenda de financiamento da APS brasileira, sem o prejuízo de passar a falsa impressão de que a distribuição do orçamento atual favorece a APS, em detrimento do orçamento destinado à AE. Há que se reforçar a necessidade de garantia de investimento adequado em toda a rede assistencial do SUS, sem privilégio de um ou outro nível assistencial, porém suficiente para atender às demandas e necessidades em saúde da população usuária do Sistema, em todos os níveis assistenciais e serviços correlatos. Ademais, sendo a APS a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção no sistema de saúde, é fundamental manter e ampliar os investimentos nesse nível assistencial, de modo a garantir acesso (cobertura de serviços) e qualidade na atenção – ambos demandantes de investimento financeiro.

2.10. Acerca do **Capítulo 2**, que apresenta os resultados da avaliação, a **seção 2.1** descreve adequadamente a metodologia utilizada e aponta elementos importantes para a compreensão e análise dos resultados obtidos.

2.11. No tocante à **seção 2.2**, páginas 33 a 44, sugere-se a inclusão, na página 37, de informações sobre os valores mínimo, médio e máximo da remuneração dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, visto que tal informação é relevante quando analisada a composição de custos/gastos na APS e MAC no que se refere aos recursos humanos. Caso possível, seria importante apresentar esses valores por nível de atenção – APS e MAC. Ainda nesta seção, em que pese a sinalização metodológica apresentada nas páginas 39 e 40 quanto à opção de considerar o período de 2013 a 2019, analisamos a importância de apresentar, mesmo que nos apêndices e com a ressalva sobre o *missing*, os dados de período anterior a 2013. Pontuamos essa questão pelo interesse em observar o comportamento dos dados de permanência antes do PMM, de modo a identificar possíveis relações de causa-efeito, mesmo que preliminares, deste Programa sobre a permanência dos profissionais.

2.12. No que se refere ao conteúdo da **seção 2.3**, páginas 45 a 53, há uma boa contextualização do Programa Previne Brasil e a metodologia foi apresentada de forma suficiente a compreender o percurso metodológico utilizado. Entretanto, ao observar os dados da Tabela 18, com relação ao número de equipes Saúde da Família (eSF) e Atenção Primária (eAP), percebe-se divergência com os dados disponíveis no e-gestor APS, conforme segue na figura (print) abaixo, extraída em 28/05/2021:

egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml

Ver em tela Download

HISTORICO-1998-2010  
HISTORICO-2011-2019  
Histórico do quantitativo de equipes e serviços cadastrados

MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - DESF  
Unidades Geográficas: BRASIL  
Período: Janeiro de 2020 à Dezembro de 2020.

Mostrar 100 registros por página

Cobertura da Atenção Básica

Procurar:

Competência	População	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
JAN/2020	210.147.125	44.619	136.887.630	65.13%	158.527.973	73.43%
FEV/2020	210.147.125	44.534	136.758.805	65.07%	158.884.533	73.60%
MAR/2020	210.147.125	44.333	136.266.459	64.84%	159.080.652	73.69%
ABR/2020	210.147.125	44.716	137.360.577	65.36%	160.780.129	76.50%
MAI/2020	210.147.125	42.740	131.970.132	62.79%	156.603.038	74.52%
JUN/2020	210.147.125	43.150	133.175.266	63.37%	158.481.179	73.41%
JUL/2020	210.147.125	43.369	133.955.548	63.74%	159.339.319	73.82%
AGO/2020	210.147.125	40.470	126.920.210	60.39%	153.504.713	73.04%
SET/2020	210.147.125	43.593	134.598.284	64.04%	160.776.725	76.50%
OUT/2020	210.147.125	43.456	134.221.175	63.87%	160.126.956	76.19%
NOV/2020	210.147.125	43.363	133.946.181	63.73%	160.019.056	76.14%
DEZ/2020	210.147.125	43.286	133.710.730	63.62%	159.900.453	76.08%

Exibindo 1 a 12 de 12 registros

Anterior 1 Próximo

2.13. Caso possível, seria importante ajustar a informação ou explicar, de forma mais apropriada, como foram obtidas (e fonte) as informações que compõem a tabela 18 (página 49). Tal preocupação reside no fato de que ao observarmos a figura acima, percebe-se uma variação (negativa) de 1.333 eSF no período de janeiro a dezembro de 2020, enquanto que nos dados da Tabela 18 percebe-se resultado completamente diferente: aumento de 1.432 eSF no mesmo período.

2.14. Os dados apresentados nas páginas 50 a 52 passam a impressão de que quanto maior a cobertura de eSF/eAP nos municípios (situação mais comum nas regiões Norte e Nordeste), maior o parâmetro de cadastro populacional (devido ao maior número de eSF/eAP implantadas) e maior a perda estimada de recursos da capitação ponderada, considerando o não alcance de 100% do cadastro populacional. Esse dado parece também apontar que ampliar a cobertura de APS (eSF ou eAP) pode não ser vantajoso quando se espera a ampliação do financiamento federal para a APS por meio do componente capitação ponderada do Previne Brasil. Nessa linha, a consideração 2, apresentada nas considerações finais desta seção, parece não fazer sentido, visto que o teto de cadastro considera as equipes implantadas. Dessa forma, podemos entender que os resultados apontam para a necessidade de ajustes no teto definido no componente capitação ponderada do Previne Brasil? Esta seria uma recomendação do Relatório?

2.15. Com relação ao **Apêndice B**, apresentado nas páginas 55 a 75, por conterem conteúdo parcialmente apresentado no texto principal, os destaques aqui apresentados serão adicionais àqueles já pontuados anteriormente nesta Nota.

2.16. O primeiro destaque é sobre o disposto no primeiro parágrafo da página 64. Tal resultado pode estar associado a uma maior dispersão territorial/populacional? Uma estratégia possível é definir meta, adicional ao parâmetro, como ocorre no componente desempenho?

2.17. Outra questão se refere aos resultados apresentados de forma complementar, que não somente reforçam as preocupações apontadas anteriormente nesta Nota, mas suscitam uma questão: Os resultados sinalizam que o modelo proposto no Previne no que se refere à capitação ponderada tende a privilegiar regiões do País com melhor perfil de renda (Sul e Sudeste) e prejudicar regiões de maior carência econômica (Norte e Nordeste)?

2.18. Por fim, recomenda-se a inclusão de quadro contendo os valores nominais que serviram de base para a construção da figura 1, de modo a detalhar os valores (mesmo que médios) das participações dos entes estaduais e municipais no financiamento da APS.

### 3. CONCLUSÃO

3.1. Ante o exposto, esta Coordenação reitera e reconhece a importância do conteúdo do Relatório para o aperfeiçoamento das políticas públicas avaliadas, no caso em tela o Programa Previne Brasil e o Programa Mais Médicos. Ao apontar fragilidades e potencialidades no desenho de ambos

programas, fornece subsídios relevantes à melhoria de ambos.

3.2. Considerando que o relatório aborda conteúdos importantes e afetos a outras áreas, sugere-se encaminhamento ao **DRAC/SAES/MS** (especialmente no que se refere ao conteúdo disposto nas páginas 43 e 44) e à **SGTES/MS** (especialmente sobre o conteúdo abordado na seção 2.1 e subseções), para conhecimento e providências que julgarem pertinentes.

3.3. Ainda, sugerimos encaminhar à **CGIAP/DESF/SAPS/MS** e **CGMATP/SAPS/MS**, para ciência e providências que julgarem cabíveis, tendo em vista, sobretudo, o conteúdo disposto na seção 2.3 e, especialmente, o disposto nas considerações finais da seção (páginas 52 e 53).

3.4. Encaminhe-se ao **Gabinete da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (GAB/SAPS)** para prosseguimento.



Documento assinado eletronicamente por **Luana Gonçalves Gehres, Coordenador(a)-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária**, em 02/06/2021, às 13:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 02/06/2021, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0020823249** e o código CRC **EFF25026**.

Referência: Processo nº 00190.104551/2021-94

SEI nº 0020823249

Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária - CGGAP  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br